

(様式第9号)

肝炎インターフェロン・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療費支給決定通知書

番 号  
年 月 日

様

鳥取県 総合事務所長  
鳥取市保健所長 印

年 月 日付けで申請のあった肝炎インターフェロン・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ治療費の支給については、下記のとおり決定します。

記

肝炎インターフェロン・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療費  
金 円